

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques EVRARD

né le 15 Mai 1891, à Lourdes (Htes-Pyrénées)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLAIES DU RECTUM

DANS LES

OPÉRATIONS POUR SALPINGITE

ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Mr. LE PROFESSEUR H. HARTMANN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNON

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

Chirurgien des Enfants Malades

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Médecin de l'Hôpital Laennec

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Internat provisoire et Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

ET MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgiens de l'Hôpital Dubois

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PROUST

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR FUNK-BRENTANO

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

MONSIEUR LE DOCTEUR SAVARIAUD

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

**A MM. LES DOCTEURS MARION, TOUPET,
ROUX-BERGER, HALLOPEAU**

PRÉFACE

C'est plus encore un plaisir qu'une soumission à une jolie coutume, ces remerciements à ceux qui ont semé quelque enthousiasme à travers mes belles veillées d'étude.

A l'origine de mon initiation médicale, j'ai aimé l'enseignement vivant d'une originalité attirante que nous prodiguait en ses causeries hospitalières notre maître, le Docteur Brunon, Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen. S'il m'éteignit quelques illusions trop séduisantes, il sut m'en protéger beaucoup d'autres.

Dans les hôpitaux de Paris, mes maîtres, ceux surtout de mon internat ont déterminé par leur exemple, quelques-uns même, par leurs conseils, mon « être » chirurgical.

Au Professeur Pierre Duval me lie une reconnaissance vitale. J'ai pour le Docteur Chifoliau qui guida mes hésitations, avec bienveillance, et pour le Docteur Monier Vinard, une affection qu'ornent les souvenirs de notre campagne d'Orient. Je remercie aussi le Docteur Mouchet, le Docteur Proust, et le Docteur Funk-Brentano, et n'oublierai pas tout ce que je leur dois.

Au seuil de cette modeste étude qu'il a inspirée, je rends un hommage particulier au Docteur Savariaud. Il est de ceux qui m'ont montré, ce que l'on enseigne volontiers, une honnêteté chirurgicale scrupuleuse, étayée d'une clinique logiquement réfléchie, d'une technique aux lignes simples. J'espère me souvenir de ses leçons.

INTRODUCTION

Peu nombreux sont les travaux parus sur les plaies du Rectum, dans les interventions pour annexites. Peut-être faut-il en accuser une tendance naturelle à publier plutôt ses succès que ses mécomptes chirurgicaux. Affaire de dogme, je crois que la méditation sincère de ceux-ci est à la base de notre amélioration.

Je vois à cette étude divers avantages : l'utilité d'avoir réfléchi à ces accidents, qui, lorsqu'ils se présentent, nécessitent une décision particulièrement rapide ; l'importance aussi d'y avoir bien réfléchi, car ces accidents peuvent être à l'origine des heures cruelles de notre profession.

Nous étudierons d'abord les causes habituelles de ces plaies, les signes cliniques qui peuvent les faire redouter, les précautions opératoires à prendre dans ces cas.

Nous entreprendrons surtout le traitement de ces lésions ; nous analyserons les méthodes et les résultats. « C'est toute la question de la péritonisation et du drainage, disait le docteur Hartmann, lors de la communication de Chaput, sur ce sujet, à la Société de Chirurgie, en 1903 ». Sans doute, mais ses modes nous ont

semblé assez variables encore pour nous permettre d'apporter cette contribution à une méthode.

Le Docteur Savariaud fait dans ces cas un cloisonnement péritonéal au-dessus de la lésion rectale, et un drainage vagino-pelvien par colpotomie postérieure. Ce n'est pas une idée nouvelle ; mais notre rôle n'est le plus souvent que de chercher à choisir dans le passé, le bien, le vrai, ou le beau, et c'est déjà assez difficile.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

Lawson Tait dans ses 6 premières laparotomies pour suppurations pelviennes, faites de 1878 à 1883, se contente de suturer la poche à la paroi abdominale et draine par cette voie. Puis il pratique dans ces cas l'oophoro salpingectomie, que Mac Dowel, en 1869, Hegar et Battley, en 1872, ont appliqué les premiers à d'autres cas.

La première plaie du rectum dut suivre de peu les essais de Lawson Tait. Il communique en 1886 (Edimburg, méd.) qu'opérant un pyosalpinx très adhérent, il déchira la paroi rectale. Il en conçut l'idée de faire simplement le drainage abdominal du foyer pelvien ; sa malade guérit.

Péan pratique la salpingectomie en France, dès 1882, puis Lucas Championnière, puis Terrier, et la technique diffuse. Les accidents semblent fréquents tout d'abord ; ce sont immédiatement les déchirures intestinales et la septicémie péritonéale, à distance les fistules purulentes ou stercorales (Congrès de gynécologie de Berlin 1890, Congrès de chirurgie français de 1890 et 1891). Cela se conçoit, on opère à chaud, à bout de doigts, parmi les anses intestinales mal protégées.

Alors Péan, qui en 1883, présentait à l'Académie de médecine le principe de l'hystérectomie vaginale, appliquée, dès 1886, sa méthode aux salpingites doubles, et décrit sa technique au Congrès de Berlin, 1890. Elle groupe peu à peu des partisans, des émules. Et la méthode triomphe au Congrès de gynécologie de Bruxelles, 1892, avec Segond, puis au Congrès de Genève, 1896, avec Bouilly. Péan ajoute : « Les fistules vésicales et rectales préexistantes, ne sont pas une contre-indication de l'hystérectomie (vaginale), bien au contraire. Celle-ci sauvegarde tout à la fois la réputation du chirurgien et la santé des malades ».

Certains laparotomistes restent cependant irréductibles : Pozzi qui fera plus tard des réserves, Doléris, mais Terrier surtout qui s'applique à perfectionner la méthode.

Bientôt on reproche aux vaginalistes d'opérer sans voir, leurs hémorragies post opératoires, et surtout leurs opérations trop souvent incomplètes. Ils enlèvent la bonde utérine, mais laissent les poches, ouvertes sans doute, mais causes possibles de suppurations continues, de réveils d'infection.

Dans les *Annales de gynécologie* de 1893, Terrier donne sa statistique : peu de mortalité, c'est vrai, mais sur 90 laparotomies gynécologiques, 18 lésions de l'intestin par décollement d'annexes suppurées ; 5 donneront lieu à des fistules hypogastriques, au niveau du drain abdominal. Et Reynier se préoccupe, au congrès de Rome, de 1894, du traitement des plaies du rectum.

Cependant on pose les bases du traitement médical.

Les indications opératoires se précisent et la technique s'améliore. Sous l'influence de Terrier, l'asepsie remplace l'antisepsie ; puis c'est la protection des anses intestinales avec de grandes compresses, la position déclive de l'opérée, les écarteurs d'Hartmann, et même une sorte de photophore imaginé par ce chirurgien (*Ann. gynéco.*, 1893).

Les lésions salpingiennes sont trop souvent bilatérales, l'utérus est aussi atteint de métrite ; aux opérations conservatrices fait graduellement suite l'hystérectomie.

C'est Polk qui pratique une totale en janvier 1892 ; presque aussitôt, Baldy, de Philadelphie, fait une supra-vaginale.

En 1892 encore, Delagenière fait en France la première totale. Delagenière, Kelly, Saenger se font les protagonistes de cette méthode au Congrès de gynécologie de 1896. Cette méthode gagne du terrain. Hartmann peut dire au Congrès de chirurgie de 1899 : « L'hystérectomie vaginale semble devoir être délaissée », et l'on discute les avantages de la totale et de la subtotale.

L'hystérectomie a permis de préciser le mode d'attaque des plans de clivage autour de la masse annexielle.

L'attaque doit se faire par le pôle inférieur. Successivement diverses techniques facilitent cet abord : procédé de Kelly, puis hémisection de J. L. Faure (1897), procédé de Villar et Terrier (*Soc. de chirurgie*, 1898), hystérectomie par décollation antérieure décrit p. J. L. Faure, en 1902. La valve de Doyen facilite ces manœuvres.

Les lésions intestinales se font plus rares. Elles existent cependant. Chaput (*Soc. de chirurgie*, 1903), pro-

pose pour leur traitement, le cloisonnement du bassin et le drainage vaginal. Reynier, Terrier, Quénu, Pozzi, discutent ce mode de traitement.

Plus tard, au coin de quelques thèses à sujet gynécologique, on rencontre encore des observations qui parlent de plaies opératoires du rectum, avec des méthodes thérapeutiques diverses.

Ces plaies ne peuvent disparaître de la pratique, en raison même des indications opératoires qui ne se posent guère que dans des cas graves (J. L. Faure et Bégouin, Congrès de gynéco., 1919). Il restera aussi les salpingites préalablement ouvertes dans le rectum. Chavannaz fait une communication sur leur traitement au Congrès de chirurgie, 1910. Son mode de traitement diffère peu de celui de Chaput, et de celui que nous exposerons à propos des plaies du rectum.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Presque toujours la trompe malade se fixe en arrière du ligament large, plus ou moins près du Douglas. Par suite, les altérations des parois rectales sont fréquentes dans les salpingites.

Ces lésions apparaissent soit de nature inflammatoire, c. à d. œdémateuses ou ulcératives, soit de nature cicatricielle, adhésive. Plus souvent encore ces processus s'associent.

Dans une première catégorie de faits, ce sont les lésions inflammatoires qui prédominent. Nombre d'observations signalent l'épaississement, l'induration cartonnée, la friabilité des parois rectales. Mais le processus ulcératif peut être également en cause (surtout à la suite des salpingites aiguës). L'abcès corrode les parois salpingées, puis les parois du rectum, amincit celles-ci, parfois les perfore. Dans un cas de Griffith, Pierre Delbet : supp. feld., 1891, obs. 459) on surprend ce mécanisme d'ulcération sur le fait. Le pus n'était pas encore évacué ; mais 3 ulcérations avaient déjà perforé la poche salpingienne et entamaient le rectum et le vagin. Pour P. Delbet, la collection ne s'ouvre dans le rectum qu'après

avoir envoyé des fûsées purulentes, et celles-ci en dissèquent les tuniques sur une étendue parfois considérable. Que la perforation restée latente se cicatrise, il y aura à son niveau une cicatrice fragile. Que le processus ulcératif s'arrête, la paroi rectale, mince, altérée, est déchirée au cours de la libération de la poche. Ces cas doivent être assez fréquents, si l'on considère le nombre d'observations qui concernent des pyosalpinx ouverts dans le rectum.

Ces *pyosalpinx ouverts dans le rectum* sont actuellement aussi une cause de plaies opératoires du rectum. Il faut intervenir en effet si cette ouverture rectale ne tarit pas l'abcès dans les quelques semaines qui suivent cette évacuation, ou bien encore si le cycle évolutif suivant s'établit : évacuation du pus, détente des signes fonctionnels et généraux, puis à nouveau signes de septicémie : frissons, sueurs, aggravation de l'état général, jusqu'à l'évacuation suivante. P. Delbet préconisait d'attendre que la poche refermée fasse la preuve de la fermeture provisoire du rectum. Chavannaz (Congrès de chirurgie, 1900) intervint quel que soit le moment. (Nous en rapportons une observation du Dr Savariaud).

Dans une 2^e catégorie de faits ce sont les adhérences intimes, cicatricielles du salpinx avec le rectum, qui entrent en jeu. Delbet les analyse dans son traité « les plus fréquentes de ces adhérences sont celles qui se font en arrière avec le rectum et l'anse sigmoïde. Ces adhérences ont un caractère particulier. Elles sont souvent extrêmement serrées. C'est une union intime, presque une fusion de la paroi salpingée avec les organes voisins.

Ces adhérences ont aussi une extrême irrégularité. On peut rencontrer des adhérences tout à fait intimes alors que dans le point voisin, il n'en existait pas de trace... On comprend qu'il est difficile de triompher de ces adhérences, et qu'il arrive parfois qu'on déchire soit la trompe soit l'organe auquel elle adhère ».

Pratiquement on amorce un plan de clivage ; l'annexe vient ; subitement une adhérence la retient, le rectum à son niveau est friable, il se fissure. Ce fait se produit d'autant plus facilement qu'on doit aller amorcer son clivage dans le fond du Douglas, et qu'on le suit de bas en haut, sans que souvent la vue puisse y participer.

Beaucoup d'observations notent « Décortication pénible » rupture de poches, etc... Et le refroidissement ne fait rien sur ces adhérences souvent chroniquement entretenues par le foyer salpingé.

Cette périméto-salpingite prend, parfois, une importance paradoxale, par rapport à la salpingite même (Küss : *Thèse Paris* 1910 sur les rétrécissements périrectro sigmoïdiens ; Fiolle ; *Journal de chirurgie* 1914 : fibrose périméto rectale). Delbet parle déjà de ces petits abcès qui s'encapsulent dans le Douglas. Des néomembranes se stratifient sur la paroi interne de la poche, « en outre l'inflammation se propage au travers du péritoine jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, qui s'œdématie, s'indure, se transforme en une sorte de couenne fibro-lardacée très résistante. La poche devient rigide, comme ligneuse ». L'utérus et le rectum peuvent être perdus aussi dans une gangue scléreuse qui finit

par étrangler l'intestin. Fiolle parle pour ces cas de tempérament chéloïdien, et préconise la section de ce blindage fibreux sur l'index gauche introduit par l'anus dans le rectum.

Souvent, avons-nous dit, ces 2 processus ulcéreux et adhésif se combinent. Les adhérences limitent des logettes de pus. Cette disposition favorise au plus haut point les plaies opératoires du rectum.

Il s'agit en général dans ces cas de *salpingites à rechutes, consécutives à des infections post abortum*. Une première crise mal soignée ou soignée insuffisamment y expose ; le streptocoque en est l'agent causal ; puisé par les lymphatiques utérins, il traverse, selon leur trajet, le ligament large avant d'aborder les annexes par leur périphérie.

La périmérite (Pozzi) y est aussi importante que la salpingite proprement dite. Ce sont cependant les cas où les douleurs persistantes, les rechutes faciles, l'état infectieux prolongé constituent, surtout à l'hôpital, une indication opératoire (J.-L. Faure).

Cette périmérite se rencontre encore *dans la tuberculose des annexes*. Le Pyosalpinx tuberculeux peut n'être pas adhésif ; c'est fréquent. Dans d'autres cas la péri-salpingite y est constituée par un ensemble de lésions où se retrouvent à la suite des granulations les processus d'adhérences solides et de dégénérescence caséeuse qui constituent les 2 formes évolutives de la tuberculose (forme fibreuse et forme ulcéro-caséeuse). Ces abcès froids empiètent à la longue sur les tuniques rectales, les fongosités en sont une sorte de rouille. La perfora-

tion rectale en est l'aboutissant. (Thomson : Tuberculose génitale de la femme dans *Revue de gynécologie*, 1906, p. 165 ; Chanpton : *Thèse Paris* 1905).

Or, c'est aussi une indication d'opération d'autant que cette localisation tuberculeuse semble primitive dans 28 o/o des cas (Rives : *Thèse Montpellier*, 1920). La simple laparotomie a parfois occasionné des guérisons surprenantes (une observation de Bégouin : *Journal de chirurgie*, Bordeaux 1905). Cependant le traitement devra tendre à être radical mais « les adhérences extrêmement tenaces constituent le point délicat de l'intervention. Leur tiraillement risque de déchirer l'intestin devenu friable par une extension du processus bacillaire. Le danger est d'autant plus redoutable que la perforation intestinale peut ne se produire que plusieurs jours après ». (Forgue).

(Nous en rapportons deux observations du Dr Savariaud).

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Il est d'abord toute une catégorie de cas dans lesquels la plevie du rectum est une certitude au cours de l'opération : c'est celle des pyosalpinx ouverts dans le rectum. Souvent à la suite d'une flambée de pelvi-péritonite, la malade a eu une débâcle purulente de l'anus. Les signes généraux et les signes fonctionnels ont subi une détente.

Parfois cette évacuation s'est faite insidieuse, puis

elle se montre par la suite continue ou intermittente, et l'état général évolue selon un cycle variable, mais s'aggrave dans l'ensemble des cas. Notons que ces évacuations purulentes par l'anus n'indiquent pas que la perforation siège sur le rectum même. Le toucher rectal et la rectoscopie pourront faire reconnaître la localisation de cette fistule. Jointe au toucher vaginal, ils permettront peut-être de préciser la situation de la fistule par rapport à la poche suppurée.

Souvent, au dire de P. Delbet, cette perforation reste méconnue ; et l'auteur donne l'indication d'examiner les selles de toute malade atteinte de salpingite. Enfin la fistule a pu se cicatriser, ou le processus ulcéreux s'être arrêté avant la perforation. Les adhérences salpingo-rectales ont souvent moins de manifestations cliniques encore.

Aussi faut-il recueillir et analyser avec soin, tous les renseignements fournis par l'examen. Voici ce que souvent on trouve dans ces cas.

Dans les *antécédents* une ou plusieurs fausses couches. La malade a souffert du ventre à la suite de l'une d'elles, elle ne s'est jamais bien remise ; parfois elle accuse même les signes d'une pelvi-péritonite, elle est restée alitée quelque temps.

La malade n'a-t-elle pas eu de pus dans les selles ? cette pelvi-péritonite n'a-t-elle pas eu de rechutes ?

L'étude des signes fonctionnels n'est pas moins importante. *Les douleurs* sont parfois plus vives, dans ces formes où les logettes de pus sont limitées par des adhérences. La moindre cause de congestion pelvienne

les exagère (règles, etc...). Les douleurs lombaires notamment semblent traduire dans certains cas une infiltration des ligaments utéro-sacrés et de leurs nerfs. Si elles coïncident avec une masse douloureuse dans le Douglas, et un peu de fièvre, elles doivent attirer l'attention. *Les troubles intestinaux* sont aussi une indication précieuse dans les mêmes conditions. Ils sont cependant inconstants. Si on examine les observations de pyosalpinx ouverts dans le rectum, on voit souvent que cette rupture se fait sans prodrome. Parfois cependant les malades accusent auparavant des sensations de lourdeur périnéale surtout, mais aussi des souffrances vives, des épreintes, du tenesme plus rarement. Quelques-unes ont des glaires dans leurs fèces, et une diarrhée séreuse persistante, sans autre signe d'entérocélite.

L'exploration physique surtout devra être complète. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal indique une masse annexielle dans le Douglas ou près de lui, masse aux contours inégaux, de consistance non franchement rénitente, mais pâteuse. Sa mobilité est minime.

L'utérus lui-même est fixe. On recherchera sa mobilité de bas en haut, elle est minime. Les vaginalistes diagnostiquaient la difficulté de leurs opérations dès le début de celle-ci, selon l'abaissement ou non de l'utérus par la traction sur les pinces de Museux fixées au col. Ce signe pourrait servir s'il ne contribuait au réveil de poussées inflammatoires, ou à la rupture de quelques pyosalpinx.

Le toucher et le palper de la malade en position de Trendelenbourg peut indiquer au cas d'adhérences l'ab-

sence d'affaissement des anses intestinales vers la concavité diaphragmatique. *Le toucher rectal*, par contre, trop délaissé dans cette clinique, peut présenter une réelle importance. Les renseignements sont multiples. Il peut indiquer le bombement plus ou moins prononcé de l'annexite dans l'ampoule rectale. Il peut déceler une petite cicatrice indurée au niveau d'une ancienne fistule. Dans quelques cas même, on pourra percevoir des zones fluctuantes ou des variations d'épaisseur de la paroi rectale. En certains points enfin, la muqueuse fixée par le processus inflammatoire peut ne plus glisser comme normalement sur les plans sous-jacents. Et le rectoscope viendra confirmer certains de ces renseignements montrant des zones œdématisées, hypervascularisées, etc.

De même *l'investigation clinique permettra de dépister une salpingite tuberculeuse* avec péricaritis : Antécédents héréditaires et personnels tuberculeux ou scrofuleux (péritonite de l'enfance, adénite, pleurésie, coexistence de lupus ou de bronchite d'un sommet). Parfois virginité de la malade coïncidant avec la masse annexielle ; il existe de l'irrégularité des règles ou de l'aménorrhée ; peu de leucorrhée. La malade a ces signes spéciaux de l'imprégnation bacillaire ; pâleur spéciale du visage, amaigrissement progressif, sueurs nocturnes. Dans d'autres cas une température à grandes oscillations coïncide avec des lésions annexielles peu accusées. Les lésions sont peu douloureuses ; le Douglas est cartonneux, nodulaire.

Autant de renseignements qui conseillent la prudence à l'opérateur, conseil, dans ces cas, toujours précieux à recevoir.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire ne saurait différer de la technique classique. Aussi n'insisterons-nous que sur les points spéciaux à ces cas. Une prudence raisonnée est à la base de la réussite.

Soins pré-opératoires.

La malade est purgée la veille au matin, au besoin lavementée la veille au soir ; il faut très spécialement *veiller à l'évacuation du rectum* ; peut-être dans les cas soupçonnés difficiles, y aurait-il avantage à constiper la malade. *Le vagin sera toujours* nettoyé avec soin ; plusieurs injections dans cette journée. Le col utérin aura été examiné au point de vue métrite possible.

L'opération.

Elle se fait sous *l'anesthésie rachidienne* ; celle-ci shoke moins la malade ; surtout elle donne, en général, un silence abdominal complet photophore. Le vagin est iodé et essuyé. On place alors dans ce canal une longue pince courbe, pour l'éventualité d'un drainage

vagino-pelvien toujours à entrevoir. Iodage et garnissage de la zone opératoire. Position de Trendelenbourg.

L'incision sous ombilicale de la paroi se fait avec prudence dans la partie inférieure ; d'abord les muscles, puis le péritoine, pour éviter la vessie parfois haute. Cette incision sera grande, vite proportionnée à la gravité des lésions. Pas de Pfannenstiel ; plus de prudence que d'esthétique. Pour la même raison, on place la grande valve.

Les champs sont fixés latéralement aux lèvres de l'incision péritonéale ; il faut protéger le tissu cellulaire dont nous avons appris la susceptibilité plus grande que celle du péritoine.

Garnissage provisoire du pourtour de la cavité pelvienne par 2 épaisseurs de champs abdominaux, l'une fixe, l'autre amovible, renouvelable.

L'épiploon, s'il adhère, est sectionné près de ses adhérences pelviennes. Les anses grêles préutérines, sont, au besoin, progressivement libérées à leur tour. Les champs suivent le décollement. On cherche le dôme utérin, point de repère capital, « découverte parfois difficile, dit J.-Louis Faure, mais par laquelle il faut toujours commencer avant de rien entreprendre ».

Le fond utérin est repéré ; les anses sont libérées ; on garnit scrupuleusement le champ opératoire. Les anses sont mises à l'abri du grand épiploon, si possible. Un champ abdominal médian, deux champs latéraux ; ces champs fixés doublés encore d'une épaisseur de champs mobiles, qu'on doublera ou changera, s'ils sont souillés de pus, au cours de l'opération.

Les masses salpingiennes sont repérées. Si elles sont grosses et rénitentes, on les ponctionne, et l'orifice de ponction est fermé par une pince en cœur, asséché, lavé à l'éther. On se rend compte de leurs adhérences.

Il est alors en général assez simple de se décider pour telle ou telle tactique. « Les règles de celle-ci sont dominées par des notions simples d'anatomie pathologique. Le maximum des adhérences se fait généralement en haut, en dehors et en arrière. Dans le fond du Douglas on trouve le plus souvent des espaces libres d'adhérences, des plans de clivage. On aborde donc les annexes par en bas, puis on les décolle par en dedans (peu d'adhérences en général avec l'utérus) puis par en avant (les adhérences avec le feuillet postérieur du ligament large sont faibles). On dénude ainsi de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière. Mais ce décollement annexiel ne sera possible qu'après suppression de l'insertion pelvienne du bloc utéro-annexiel. Il s'agit donc d'aborder le col par la voie la moins encombrée ».(J.-L. Faure : Congrès gynéco., 1919).

On se décide pour un des 4 procédés suivants : 1. Soit le procédé de Kelly, ou incision continue transverse, si les annexes sont faciles à mobiliser d'un côté ; 2. Soit l'hémisection dans les cas d'annexes adhérentes des 2 côtés, mais qui laissent libre la face postérieure de l'utérus ; 3. Soit la décollation antérieure, dans les cas d'annexes adhérentes, en position rétro-utérine. La pratique ajoute à ces notions simples de grosses difficultés de détail,

Aussi faut-il joindre à cette tactique générale des pré-

cautions particulières : Il faut que l'index, dans la décortication, serre de près la paroi salpingienne, et entame celle-ci plutôt que la paroi rectale. La rupture de la poche est un accident généralement bénin, si l'on opère à distance des accidents aigus ; le pus y est généralement stérile (Hartmann et Morax).

L'assèchement, l'attouchement à l'éther, le drainage au besoin auront raison de ses suites infectieuses.

Si dans le cours de cette décortication, on voyait apparaître les fibres musculaires longitudinales du rectum, il faudrait laisser au rectum les lambeaux salpingiens trop adhérents, sur une étendue limitée.

Et cependant, dans certains cas, la dénudation rectale sera large, compromettante ; parfois même la plaie du rectum s'est produite.

Dans ces cas, le Docteur Savariaud applique la méthode de Chaput, c'est-à-dire le drainage vagino-pelvien et le cloisonnement du petit bassin. Un aide guidé par l'opérateur fait saillir la pince vaginale dans le cul-de-sac postérieur. Ce cul-de-sac est ouvert au bistouri sur la ligne médiane immédiatement derrière le col utérin. L'ouverture est élargie par l'écartement d'une pince. Un drain en T, dont la branche horizontale forme gouttière à concavité supérieure est passé par la boutonnière de colpotomie. La fermeture rectale n'est effectuée que si elle se présente très facile. Puis au dessus de ce foyer il procède à un cloisonnement méticuleux de la cavité pelvienne, soit avec la lame péritonéale supra-vésicale qu'il fixe au pourtour du rectum, soit par un adossement vésico-sigmoïdien, et cela selon la hauteur des

lésions. Le grand épiploon est ramené sur la suture.

Puis la paroi est fermée en 3 plans. Petit drain hypogastrique de sûreté (favoriserait la leucocytose péritonéale) et sonde de Pezzer dans le rectum pour évacuer les gaz.

Soins post-opératoires.

Une large vessie de glace couvre un pansement léger. Sérum adrénaliné. La malade est constipée à l'opium (0.05 centigr. par jour, pendant les 6 premiers jours). Autant que possible pas de purgation. Le drain vaginal est surveillé régulièrement, on s'assure de sa perméabilité ; petits lavages sans pression à partir du 4^e jour.

Dans nos observations, les suites se sont montrées normales. La température monte parfois à 38°,5 le lendemain soir, mais elle descend progressivement ensuite.

Le drain vaginal est retiré en moyenne vers le 12^e jour.

Les malades sont parties de l'hôpital sans fistules, dans un délai maximum de 2 mois.

Les résultats semblent donc venir à l'appui de la méthode ; c'est ce qui nous reste à examiner.

L'ANALYSE CRITIQUE DE LA MÉTHODE

La méthode préconisée comporte donc les éléments suivants : 1. Cloisonnement péritonéal du petit bassin ; 2. Drainage vaginal ; 3. Fermeture accessoire de la plaie rectale.

Une statistique de 6 cas, même heureux, ne confirme pas à une méthode un jugement définitif. Aussi avons-nous essayé d'étayer celui-ci des arguments que peuvent apporter l'analyse théorique des différents éléments de la méthode et l'analyse comparée des résultats fournis par les méthodes différentes.

Nous nous trouvons, du fait d'une plaie rectale, en présence d'une infection nouvelle. La septicité rectale est manifeste. Divers arguments le prouvent : d'abord la gravité des plaies intrapéritonéales du rectum par accident (empalement, etc.). Quénu a étudié cette question dans le *Journal de Chirurgie* 1900. Il donne les résultats suivants : 6 cas laparotomisés, 4 guérisons ; 29 cas non laparotomisés avec 5 guérisons. Cinq malades sont morts dans les 24 premières heures ; 3 dans le courant du 2^e jour, 3 le 3^e jour, etc. Dans tous ces cas la péritonite purulente a été observée à l'autopsie. En 1912

Schmitt (Munich Medizinsche Wochenschrift) signale une mort au 4^e jour, par péritonite due à une perforation du rectum au cours d'une rectroscopie ; la laparotomie avait été aussitôt pratiquée. Retsclaff, dans le même journal et en 1912 signale une perforation similaire par rectroscopie ; il l'a opérée et guérie, mais 4 h. 1/2 après l'accident, il trouvait déjà une péritonite diffuse. Nous savons aussi la gravité des plaies de guerre du rectum ; elles déterminaient assez souvent l'infection du tissu cellulaire rétro-rectal, pour qu'on y ait préconisé la dérivation stercorale par un anus cœcal, et le drainage de l'espace rétro-rectal.

Dans les opérations pour salpingite, la septicité rectale est sans doute partiellement diminuée de ce fait que le rectum a été évacué la veille. D'un autre côté, cette infection rectale s'associe parfois à celle que détermine la rupture de collections salpingées. Si le pus de celle-ci est stérile, en général, il n'en reste pas moins que le streptocoque y a été trouvé 4 fois sur 30 cultures par Hartmann et Morax. Et il s'agit ici d'infection post-abortum.

Voilà l'ennemi. Peut-on le diminuer ? Même après fermeture de la plaie rectale, et celle-ci est toujours suspecte, l'assèchement, l'attouchement à l'éther ne sont que des palliatifs. De même le sérum de Weinberg, et le Leclainche, et toute sérumthérapie (anticoli, antivibrion, antiperfringens) utilisés par certains dans la chirurgie du rectum. Palliatifs insuffisants, quelques anaérobies, quelques streptocoques trouveront dans le léger suintement post-opératoire de ce petit bassin cruenté,

leur meilleur milieu de culture. Aucun moyen ne nous permet dans cette zone où le péritoine ne se défend plus d'enrayer en toute certitude les accidents infectieux. Le danger est dès lors à la grande cavité péritonéale.

Mais par ailleurs, nous nous trouvons dans les meilleures conditions pour limiter cette infection du côté de cette grande cavité péritonéale, saine, puisque protégée par nos champs de souillures possibles. *Il suffira d'exclure le foyer pelvien infecté.* Nous ne faisons du reste en cela qu'imiter le propre mode de défense du péritoine sain. Celui-ci cerne, en effet, le foyer qu'il redoute par un barrage d'adhérences. Le grand épiploon est appelé sur le foyer de la lutte.

Pouvons-nous aider à cette œuvre? Deux moyens principaux s'offrent à l'opérateur : 1° Le Mikulicz. 2° Le cloisonnement péritonéal du petit bassin.

Le Mikulicz est le plus ancien. Mikulicz de Breslau décrit en 1886 son drainage-tamponnement. Pozzi s'en fait le propagateur en France (*Soc. de chirurgie*, 1888). Certains services de gynécologie semblent lui garder quelque fidélité. Le sac de gaze transversalement étendu au-dessus du foyer infectieux du petit bassin qu'il tamponne constitue un barrage à plusieurs épaisseurs. Au-dessus de lui, le péritoine abdominal sain constitue ses adhérences. De plus, le Mikulicz draine par capillarité les sécrétions du petit bassin, et tamponne ses parois suintantes.

Tout cela est juste ; il a de nombreux succès à son actif. Une plus longue expérience l'a chargé de quelques griefs.

Dans certains cas, ce mode de cloisonnement qui draine par capillarité s'est montré insuffisant. C'est rare. Le péritoine abdominal a généralement eu le temps de constituer ses adhérences. Mais ce cloisonnement définitif n'est dû qu'à l'agglutination au-dessus du Mikulicz d'anses intestinales, et d'épiploon accolés au péritoine pariétal. Et ces adhérences étendues à une large surface peuvent être l'origine de douleurs consécutives, d'obstruction, et d'occlusion opératoire même.

Considéré au point de vue du drainage, le Mikulicz, arrivé à une certaine limite d'imprégnation, ou si le pansement superficiel d'absorption et d'évaporation n'est pas renouvelé avec une fréquence suffisante, favorise la rétention des liquides infectieux, au lieu d'en assurer l'évacuation. On a dû faire des colpotomies secondaires ; certains chirurgiens la font d'emblée. Pozzi y joignait un drainage tubulaire abdominal. De plus, pour drainer, le collet du Mikulicz ne doit pas être serré au niveau de la plaie abdominale (Boxer et Novak : *Recherches expérimentales sur le drainage* : Wiener klinische wochenschrift, 17 février 1910). La couche musculo-aponévrotique n'est pas reconstituée au niveau du large orifice de drainage. Les éventrations consécutives sont fréquentes. Ajoutons que l'ablation du Mikulicz est douloureuse. Les adhérences qu'il contracte rendent son retrait difficile, une fistule intestinale peut faire suite à la destruction du péritoine au niveau de ces adhérences. Elle peut siéger sur une anse haut située.

Schweizer (Bertrage zur Mikulicz, *Thèse Zurich*, 1903), rapporte l'expérience clinique de 84 cas. Le Mikulicz

détermine toujours à un degré plus ou moins élevé des complications opératoires : fréquence du pouls, nausées et vomissements, sensibilité et ballonnement abdominal, constipation. L'acmé de ces complications est au 4^e jour après l'opération. Ces signes rappellent ceux d'une péritonite. Ils se terminent, en général, par résolution, mais s'il se déclare en même temps une péritonite vraie, les signes de cette dernière sont masqués. »

Ultérieurement les malades sont encore menacées d'obstruction intestinale, de fistules stercorales.

Cette méthode de cloisonnement présente donc d'assez nombreux inconvénients. Elle doit avoir, si possible, des indications limitées. Une de nos observations (obs. III) en mentionne l'emploi : « Il s'agit d'une malade dont la salpingite déborde le pubis. A peine a-t-on placé la valve de Doyen que la poche se fissure. Le pus se répand dans l'abdomen. On protège celui-ci ; la masse annexielle est enlevée ; on place un drain vagino-pelvien par colpotomie, et on établit un Mikulicz. De fait, le cloisonnement pelvien est ici impossible parce que les lésions débordent le pubis, et le pus inonde la grande cavité. Le Mikulicz présente alors ce double avantage qu'il fait barrage au-dessus du foyer infectieux, et que d'autre part, il draine par capillarité le foyer péritonéo-abdominal suspect où s'est écoulé le pus.

Certains chirurgiens (Routier, Lejars, J.-L. Faure, ont préconisé une sorte de Mikulicz vaginal. Une mèche de gaze stérilisée est tassée dans la cavité pelvienne au niveau des lésions ; les extrémités de cette mèche sont attirées dans le vagin par l'orifice de l'hysté-

rectomie totale. Comme cloisonnement, ce Mikulicz vaginal garde les inconvénients du Mikulicz abdominal. Rochard recommande de le doubler du grand épiploon ; ce n'est pas toujours possible ; de plus ce tiraillement du grand épiploon n'est pas sans réagir sur la circulation colique ; l'obstruction intestinale est parfois observée les premiers jours (voir *Thèse Dedet*, Paris 1917). Le drainage vaginal, c'est-à-dire au point déclive, semblerait assuré à cette méthode si le Mikulicz ne subissait de striction au niveau de l'orifice vaginal supérieur (expériences de Boxer et Novalz : *loc. cit.*) et si sa surface d'évaporation n'était réduite.

Le 2° mode de limitation des lésions, avec exclusion de la cavité pelvienne est le cloisonnement péritonéal du petit bassin. Terrier et Hartmann conseillaient déjà en 1893 (*Annale de gynéco.*, article cité), l'exclusion du foyer infectieux par le grand épiploon ; ce cloisonnement ne peut être toujours étanche. Celui que nous utilisons a été décrit par Chaput en 1894 (Chaput : *Bulletins de la Soc. anat.*). Le principe est le suivant : préparer les adhérences de défense de la grande cavité péritonéale saine, par adossement du péritoine de l'anse sigmoïde à celui de la face supérieure de la vessie, et au péritoine pariétal.

Ce cloisonnement péritonéal, ces adhérences sont possibles, à condition que ce barrage adosse des séreuses saines.

Ce péritoine ne réagit en face de l'infection, par son exsudation plastique, et après résorption préalable que s'il est sain, si son endothélium n'est pas altéré. Tous les

biologistes appuient sur ce point (Le Play et S. E. May : *Soc. biolog.*, 21 oct. 1911. Expériences de Grawitz : *Charités annales*, 1886. Pawlowsky : *Centralblatt für chirurgie*, 1887, n° 48. Tavel et Lanz : *Mitteilungen aus klinischen instituten der Schweiz*, 1893, ch.). Les expériences de Cornil et Chaput en apportent une confirmation pour le point particulier qui nous occupe : un exsudat de matière fibrinogène se coagule peu à peu au niveau de l'adossement des séreuses ; 24 heures après les cellules des surfaces péritonéales se tuméfient, leur noyau se divise. Au bout de 2 ou 3 jours, le travail d'union est accompli ; dans la fibrine se trouve un tissu de cellules endothéliales anastomosées. Vers le 5^e jour ce tissu est pénétré de capillaires. Dès le 7^e jour, les fibres conjonctives forment un tissu complet. En même temps le grand épiploon s'accole aux sutures et consolide la cicatrice. Le barrage est effectif. Il l'est d'autant plus que dans les salpingites, la puissance adhésive du péritoine est exaltée (Violet : Le drainage dans les laparotomies gynécolog. : *Annales de gynéco.*, 1906).

Le cloisonnement est bien effectif. Les avantages sont incontestables : au-dessous du méso-sigmoïde se trouve la cavité pelvienne, infectée, cruentée, propice à la péritonite et aux adhérences ; mais elle est exclue par un barrage étanche. Au-dessus, la grande cavité péritonéale a son plancher pelvien rétabli, peu propice aux adhérences intestinales. Il est même des avantages secondaires. Ce diaphragme sous la poussée intestinale fait la compression des zones suintantes sous jacentes ; et l'anse sigmoïde fixée en bonne place, constitue une pelote

hypogastrique aux organes sus-jacents, qui tendent à la ptose. La technique de ce cloisonnement donne lieu à quelques considérations pratiques. Idéalement, le barrage devra se faire le plus bas possible, pour éviter l'espace mort, et permettre une meilleure compression des zones cruentées. D'autre part, la suture péritonéale doit s'effectuer en péritoine sain, se tenir à distance d'une rétention purulente possible, enfin ne donner lieu à aucun tiraillement des lames péritonéales adossées.

La technique de ce cloisonnement présente en conséquence 2 modes principaux : 1) *Dans un premier mode la lame supra vésicale du péritoine, et le feuillet antérieur du ligament large, sont attirés après l'hystérectomie, comme un voile, au-dessus du foyer pelvien, et fixés au pourtour du rectum ainsi qu'au péritoine pariétal postérieur du petit bassin. Dans ce but, et lorsque c'est possible, il aura fallu ménager, dès le début de l'opération, le plus possible de cette lame péritonéale supra-vésicale. Il est utile, du reste, de doubler ce 1^{er} cloisonnement d'un 2^e dû à l'adossement vésico-sigmoïdien, toujours plus sûr. Ce mode répond aux perforations basses du rectum.*

2° *Dans un deuxième mode, l'anse sigmoïde est fixée par son pourtour au péritoine vésical, et au pourtour du petit bassin.*

De la disposition du mésentère sigmoïdien se déduit une précaution importante qu'indique Judet, d'après Quénu (péritonisation dans les laparotomies : *Thèse Paris, 1902*).

Il faut dans ce sujet d'adossement utiliser la portion

pelvienne de l'anse sigmoïde pourvue d'un long meso et non sa portion iliaque ; d'où l'indication de commencer le sujet toujours par la droite. Si on voulait amener l'angle gauche de l'anse sigmoïde au contact de la vessie, on risquerait de créer une sténose sur l'origine de l'anse (Judet en rapporte une observation dans sa thèse).

3° Mais dans 8 o/o des cas, d'après Jonnesco l'anse sigmoïde est en position haute. Son meso peut être court, ou bien infiltré, raccourci, et le déplacement de l'anse sigmoïde est limité. Dans ces cas on essayera de suturer le bord libre de la lame supra-vésicale au pourtour de l'anse.

Amman (*Congr. de chirurgie*, 1900) préconise de sectionner transversalement la lame supra-vésicale dans le cul-de-sac prévésical, pour mobiliser ainsi cette lame et la vessie et les fixer à l'anse sigmoïde. Il préconise même des plasties péritonéales plus complexes avec des volets taillés dans le péritoine pariétal antérieur. On pourra être obligé de recourir au Mikulicz. (Voir encore Chaput : cloisonnement et drainage filiforme du bassin : *Ann. de gynécol.*, 1916).

Tous ces adossements de séreuse se feront avec du fin catgut ; à points assez serrés ; le surjet sera à point passés parfois, pour éviter le froncement. Le foyer pelvien est alors exclu. Il faut le drainer.

Le 2° élément de la méthode est le drainage vaginal par colpotomie postérieure, de préférence.

Ce drainage vaginal est très discuté « généralement, à la péritonisation, écrit Judet dans sa thèse 1902, M. Quénu adjoint le drainage abdominal. Quant au drai-

nage vaginal il y a renoncé. De même le professeur Terrier fait plonger un drain jusque dans le petit bassin par un hiatus laissé à la suture vésico-sigmoïde » et Judet cite des observations où M. Quénu a appliqué ce drainage à des plaies du rectum. Ce drain abdominal a gardé ses partisans même, pour les cas graves, où il ne s'agit plus de petit drainage de sûreté. Il drainerait grâce à la pression abdominale. Il nous semble passible dans ce cas particulier de deux reproches : 1° Il ne draine pas, ou draine mal ; les expériences de P. Delbet en 1891, reprises par les chirurgiens allemands (Congrès de Berlin, 1910) le prouvent ; 2° Il supprime l'étanchéité de la suture vésico-sigmoïde. Les liquides infectieux qu'il drainera à l'extérieur par regorgement pourront dans les premières heures filtrer par cette brèche du surjet et inoculer la grande cavité péritonéale ; dans les premières heures seulement, car bientôt s'organisent autour de lui des adhérences, causes possibles de brides ultérieures. De plus il affaiblit la cicatrice abdominale. Surtout comme nous le verrons, il expose aux fistules dans les cas qui nous occupent.

Reste le drainage vaginal. Est-il meilleur ? nous ne parlons, bien entendu, que pour les infections graves.

La logique (drainage au point déclive) l'expérimentation (voir : *Thèse Herbécourt*. Paris, 1900 : la voie vaginale sans hystérectomie) et la clinique semblent le prouver. Ce drainage a d'abord pour lui le singulier appui de l'hystérectomie vaginale : « Ouvrir le péritoine, le tirailler, laisser en place des foyer suppurants seulement ouverts, ce n'est rien, si vous assurez un drainage vagi-

nal parfait. C'est pourquoi l'hystérectomie vaginale a été adoptée rapidement,

D'emblée, malgré le manque d'habitude des opérateurs et par suite les fautes opératoires inévitables, les résultats ont été satisfaisants. Quel a été le facteur assez puissant pour combattre avantageusement toutes ces causes d'insuccès ? c'est, à mon avis, le drainage vaginal ». Moulonguet (le drainage vaginal dans les laparotomies ; Congrès de Rome, 1894) joint une observation suggestive. « Dans une laparotomie pour pyosalpingite double énorme, j'avais fait une hystérectomie abdominale totale. Au cours de l'intervention j'avais eu irruption de pus d'odeur infecte sur le péritoine. En outre, il m'avait été impossible d'enlever une grande partie de la poche. Je n'étais pas sans inquiétude sur le résultat opératoire.

J'établis le drainage abdominal, le drainage vaginal étant assuré par l'hystérectomie totale. De plus, je plaçai des mèches dans l'orifice vaginal, une autre mèche plongeant dans le fond du petit bassin et sortant par l'abdomen. Enfin une mèche traversant le bassin entraît par la plaie abdominale et sortait par le vagin. Dès le surlendemain, la poche purulente se détergeait par les mèches vaginales et le drainage parfait était établi par cette voie. Quant aux extrémités des mèches sortant par l'abdomen, elles étaient absolument sèches au 7^e jour ; rien ne passait par cette voie. »

Ce chirurgien en tire des conclusions ; 1^o C'est au drainage vaginal que doivent leur bénignité les hystérectomies vaginales ; 2^o Dans les laparotomies avec possi-

bilité d'infection, il faut toujours préférer le drainage vaginal au drainage abdominal, et le drainage abdomino-vaginal est une complication inutile. En 1893 Pozzi considère aussi comme une indication de l'hystérectomie vaginale les fistules intarissables de la paroi abdominale, succédant aux salpingectomies. Scienger au Congrès de gynécologie, 1896, reprend cette indication.

Que peut-on reprocher à ce drainage ? la scepticité du vagin ; elle est contestable ; surtout elle importe peu dans le cas de plaie rectale du petit bassin.

Le drainage vaginal peut être réalisé de deux manières : soit par hystérectomie totale, soit par subtotal avec colpotomie postérieure. Y a-t-il un avantage net, en faveur de l'une de ces opérations ? Et l'un de ces deux modes de drainage vaginal est-il nettement préférable.

Hystérectomie totale ou subtotal ? Cette question posée au Congrès de chirurgie, 1899 a soulevé, soulève encore des discussions (voir Dedet : *Thèse Paris*, 1917 en faveur de la totale. Charlanne : *Thèse Paris*, 1920, en faveur de la subtotal et Congrès de gynécologie, 1919). Les partisans de la totale lui attribuent les avantages suivants : un drainage large, la suppression de la métrite du col, et même des dégénérescences malignes du moignon (mais celles-ci n'ont été observées qu'à propos d'utérus fibromateux). Ces avantages s'ils existent ne nous semblent pas compenser les inconvénients : L'opération est plus longue que dans la subtotal, et le choc y est nettement plus grave, qu'il soit dû à une résorption sanguine plus intense, du fait d'un suintement plus

abondant, et d'espaces cellulieux plus largement ouverts, ou bien comme le suggère Charlanne aux tiraillements, et à la section des plexus nerveux ligamentaires ou à d'autres inconnues.

De plus l'hémostase y est plus difficile. Richelot et Gosset ont soutenu l'inanité de ce reproche. Il suffit de faire descendre suffisamment bas les pinces juxta-cervicales et les ligatures, et de couper le dôme vaginal dans la zone exsangue de son insertion à l'utérus. Mais dans les salpingites difficiles les plans cartonnés, œdématiés, hypervascularisés du fond du petit bassin se prêtent mal à de telles manœuvres, et saignent aisément. « L'hémostase est toujours difficile, dit J.-L. Faure, quelles que soient les manœuvres conseillées, et les suintements sanguins qui prennent une allure grave ne sont pas exceptionnels ». Des pinces sont alors placées au hasard, qui flirtent avec l'uretère, d'autant plus dangereux qu'il est moins apparent.

Ajouterons-nous en faveur de la subtotal, la dénudation moindre de la vessie, qui n'est pas ainsi privée de ses nerfs, etc. La métrite cervicale peut être évitée par évidemment du col (de Rouville).

Nous en arrivons au drainage : pratiquement, il nous semble qu'on peut obtenir un drainage tout aussi effectif par colpotomie postérieure que par la totale. C'est celui qu'utilisait Herbécourt dans son expérimentation de drainage vaginal (*loc. cit.*). Le résidu était de 5 ctm³ en position demi assise. Remarquons, du reste que c'est le véritable point déclive du petit bassin, et que Batigne conseillait une incision de la lèvre postérieure de l'ori-

fice vaginal supérieur, au cours des hystérectomies totales. Enfin Herbécourt donne à cet orifice les possibilités de dilatation suivante par la dilacération : écartement vertical et transverse maximum : 5 cm. Circonférence d'un corps passant par cette voie : 15 cm., c'est-à-dire qu'elle dépasse celle des plus gros drains, et dans ce cas l'artère utérine est encore à 6 millimètres du bord de l'orifice.

Certains chirurgiens accusent cet orifice de se rétracter rapidement. Rien n'empêche d'en pratiquer la dilatation. Un autre procédé permet du reste d'avoir un élargissement de cet orifice ; c'est l'hémisection postérieure du col utérin. On a dit que le col utérin écrasait parfois le drain contre la paroi rectale. Je ne crois pas que cet argument ait quelque valeur, si le segment rectal sur lequel s'appuie le drain est un segment sain. Il n'en est peut-être plus de même, si la paroi rectale est dénudée ou altérée à son niveau. Dans ce cas l'hémisection postérieure du col utérin, ou l'hystérectomie totale avec son drainage plus à distance du rectum peut présenter des avantages. Mais dans l'ensemble, le drainage par colpotomie postérieure avec un drain en T, dont le fonctionnement est surveillé chaque jour doit suffire.

Un point important encore est la question du drainage dans les plaies du rectum au cours d'une opération pour salpingite bacillaire. Le drainage semble devoir exposer, comme pour les appendicites tuberculeuses, à l'inoculation bacillaire du trajet pariétal, avec ulcération torpide de la paroi. De même la ponction d'un pyosalpinx tuberculeux, et les opérations partielles, comme la colpotomie

postérieure donnent des fistules interminables (Janin et Violet : 29 cas de tuberculose génitale chez la femme : *Lyon médical*, 1920). Aussi, le professeur Roux, de Lausanne (*Thèse* de Mlle Piétrewska, Lausanne, 1902), sur 5 cas de fistules pyostercorales consécutives à la tuberculose des annexes, fit-il 2 fois l'anūs artificiel d'emblée et 2 fois il l'établit au cours de l'opération, après avoir suturé le rectum ; 3 des malades guérirent. Dans le 5^e cas, Roux obture la perforation intestinale au moyen de la paroi utérine postérieure avec un bon résultat. Janin et Violet conseillent dans ces cas le drainage vaginal, sous-péritonisation exacte. Le D^r Savariaud appliqua 1 fois cette méthode, dans 1 autre cas, il se contenta du drainage rectal, sous-péritonisation (obs. III et VIII). Les 2 malades guérirent sans fistules. Affaire de cas, évidemment ; chez une femme assez vigoureuse, dont le salpinx tuberculeux, d'apparence primitive a pu être entièrement extirpé, le drainage vaginal nous semble aussi indiqué que dans les autres cas. Le drainage rectal, même, pourra, comme nous le verrons, avoir des indications.

Le 3^e point de la méthode est le caractère tout à fait accessoire, qu'a pour le résultat, la fermeture de la plaie rectale. — Celle-ci ne devra être faite que dans les cas faciles.

Cette opinion semble d'abord paradoxale. C'est un geste réflexe que de fermer une plaie intestinale, le plus tôt possible après qu'elle s'est produite. Delbet écrit dans son *Traité des suppurations pelviennes* « Lorsqu'il arrive, qu'en détachant les adhérences, on rompe l'intes-

tin, il va sans dire qu'il faut le suturer ». Pozzi et Terrier font systématiquement cette suture (*Soc. de chirurgie*, 1904, à propos de la communication de Chaput sur les perforations du rectum; Chavannaz l'a pratiquée dans les 5 opérations pour pyosalpinx ouverts dans le rectum, dont il rapporte les observations au Congrès de chirurgie 1900.

Il est en effet une catégorie de cas, où la suture semble assez possible pour être tentée. C'est quand la plaie siège en tissu sain, sur un segment accessible du rectum.

On a proposé pour la fermer les moyens les plus divers. Il y a la méthode classique que pratique Pozzi, c'est-à-dire la suture en 2 plans, l'un total, l'autre à points superficiels; on a conseillé l'avivement préalable des bords. Quelques chirurgiens ont voulu y ajouter des plasties diverses épiploïques ou péritonéales. S'il s'agit de la partie supérieure du rectum, on peut attirer et fixer au niveau de la suture un frange épiploïque, un volet taillé sur le péritoine voisin. Sneguireff (mille et une laparotomies, *Revue de chir.*, septembre 1889) signale que dans un de ses cas la partie supérieure du rectum était dénudée sur une longueur de 2 pouces $1/2$ et une largeur de 2 pouces, de sorte que la muqueuse seule protégeait la perforation. Il n'y avait pas possibilité de penser à la suture directe. Il avive alors en la curettant toute la face postérieure de l'utérus, et de ce qui restait du ligament large; puis il les fixe à la paroi antérieure du rectum. Le rectum adhère et la perforation n'eut pas lieu. De même dans un cas de large dénudation de l'S

iliaque, à son entrée dans le petit bassin, Snéguireff a séparé à droite le péritoine et les muscles d'avec la paroi abdominale, et en a recouvert la dénudation. Dans ce cas encore, il n'y eut pas de perforation. De même dans les plaies de la partie inférieure du rectum, on a pu masquer de ces dénudations par application sur elles du moignon utérin ou par clivage de la cloison recto-vaginale.

Mais dénudation n'est pas perforation. On ne travaille pas dans ces cas, en milieu séptique. La réussite de ces plasties y est possible. Même ces cas cependant ne nous semblent pas dispenser de l'exclusion et du drainage. Ces plasties sont cependant utiles. Violet (*loc. cit*) rapporte en effet à propos de dénudations 2 cas de son maître Pollosson : Au cours de l'ablation de 2 pyosalpinx, la paroi musculieuse de l'intestin fut enlevée. Au 8^e jour, il survint dans les 2 cas une fistule stercorale vaginale émanant dans l'un de l'S iliaque, dans l'autre, de la 1^{re} portion du rectum. Ces fistules se sont oblitérées spontanément au 12^e et au 15^e jour.

Mais ces plasties ne sont pas toujours faciles, au fond d'un petit bassin aux tissus infiltrés, hypervascularisés. Aussi, dans l'ensemble des cas, la suture est-elle plus difficile et plus aléatoire. Quelle conduite tenir ? Il nous semble qu'il y a plusieurs facteurs à considérer. 1^o *Cette plaie rectale peut être plus ou moins étendue.* Dans les cas d'ouverture spontanée de la trompe dans l'intestin, il s'agit le plus souvent de fistulettes, difficiles à découvrir. D'autres plaies du rectum sont des pertes de substance plus ou moins considérables ; la suture peut occa-

sionner alors un rétrécissement du rectum, ou bien des tiraillements, qui ne feront qu'agrandir la brèche.

2° *Cette plaie s'est-elle produite dans une portion du rectum encore recouverte de son péritoine*, ou bien dans une partie dépéritonisée par la décortication des annexes ou par l'inflammation préalable. Nous savons, en effet, que les sutures intestinales n'ont de solidité que celle que leur concède l'adossement de 2 séreuses saines. Si la séreuse a ici disparu, on ne peut guère compter sur la réparation de la brèche par première intention. 3° *Le siège de la plaie a aussi son importance*. Dans la partie haute du rectum, elle est encore aisément accessible. Mais parfois, elle se trouve au fond de l'excavation pelvienne, inaccessible aux aiguilles les plus courbes. D'autant qu'il peut s'agir dans ces cas d'un bassin profond ; ou bien c'est une femme grasse, et la margelle est déjà aussi profonde que le puits ; ou encore c'est une nullipare à la paroi abdominale sans complaisance, les grands droits ont gardé leur tonicité ; leur écartement est difficile ; il donne peu d'aisance ; et cependant c'est à bout d'aiguille qu'il faudra faire cette reprise délicate. 4° *Enfin et surtout, c'est la qualité des tissus qui importe*.

La paroi rectale est au pourtour de la brèche, infiltrée, œdématiée, hypervasculaire, cartonnée parfois. Le fil difficilement passé est noué, mais il coupe. Le point de suture saignote ; il faut hémostasier ; la paroi s'effiloche, la brèche s'agrandit. Prendre à distance des tissus plus sains ? Mais les tuniques se prêtent mal ; la paroi semble friable ; toute traction sur un tissu aussi douteux est une atteinte possible à sa nutrition, à sa vitalité ulté-

rieure; dans ce milieu infecté, c'est un risque de sphacèle. L'opération aura été allongée dans un cas où elle est déjà assez longue; le suintement sanguin aura été augmenté, dans un cas où tout suintement constitue un milieu de culture trop favorable.

Et tout cela pour une fermeture aléatoire, et généralement provisoire de cette brèche. Pozzi, dans la discussion de la Société de chirurgie de 1903, motivée par la communication de Chaput sur les perforations du rectum, distingue en effet : les plaies en pelvis aseptique, et celles en pelvis septique.

« Si le rectum est perforé ou déchiré au cours d'une laparotomie aseptique comme cela m'est arrivé en énucléant un kyste colloïde rétropéritonéal, la suture peut-être suivie d'un succès complet et immédiat. Si au contraire, il s'agit d'un rectum adhérent à un foyer purulent, la suture aura un autre résultat. Son effet sera temporaire : celui d'oblitérer mécaniquement la perforation pendant le temps nécessaire à la formation des adhérences protectrices autour du drainage qu'on établira entre le rectum suturé et l'extérieur. La déhiscence de la suture est alors presque la règle; mais elle est plus ou moins tardive, plus ou moins complète. La malade passe alors par une phase de fistulisation ou même d'anus contre nature, fistule qui se réduit de plus en plus et arrive à guérir spontanément (Pozzi emploie le Mikulicz avec drainage tubulaire abdominal).

M. Savariaud n'a pratiqué qu'une fois la suture du rectum dans les cas que relatent nos observations. Ses malades ont guéri dans un délai de 3 semaines. De

même celles de Terrier et Hartmann (*Annales de gynéco.*, 1893, *loc. cit*), chez lesquelles la suture n'avait pu être faite ; de même 3 cas de Reynier (2 du congrès de Rome 1894, 2 cités dans la discussion de la Société de chirurgie 1903) de même les 2 cas de Chaput qui ont notifié cette discussion. Chez toutes la plaie du rectum a été laissée ouverte.

On accuse cette plaie de laisser passer les matières stercorales dont l'infection viendra compromettre le succès du cloisonnement. C'est peut-être à considérer, si l'on redoute une débâcle de liquides intestinaux ; mais ne peut on généralement établir cette barrière à moins de frais, chez une malade au rectum vide en lui laissant à demeure une mèche tampon devant sa plaie. Un chef de cette mèche drainera les liquides vers le vagin.

Peut-on accuser cette méthode de donner lieu à des fistules interminables ? Toute l'expérience de la phase vaginaliste de l'hystérectomie est là pour nous rassurer. Les fistules stercorales durables y sont exceptionnelles, alors que les lésions intestinales sont souvent graves. Second, au Congrès de gynécologie de 1892, rapporte 7 cas personnels de ces plaies du rectum, elles guérissent sans fistule. Pean, dans ce même congrès, ajoute « chez nos opérées, toutes les fistules stercorales se sont fermées spontanément. La célérité de la guérison dans ces cas forme un contraste frappant avec ce qui se passe après l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale ». Richelot, d'après Pauchet (*Thèse Paris*, 1896) a 5 plaies du rectum sur 300 hystérectomies vaginales ; la fermeture spontanée y a toujours été observée après un

laps de temps variant d'une semaine à 18 mois. — Poillaillon (*Traité des maladies des femmes*) cite 8 cas personnels qui guérissent spontanément). Dans 3 cas de Jayle (rapport de Bourilly, *Congrès gynéco.*, 1890) 2 fois, la fistule se tarit spontanément entre 15 et 20 jours, chez le 3^e malade, tuberculeux, elle dut être traitée longtemps par des cautérisations. Hartmann seul rapporte un cas de fistule persistante.

Les conditions dans lesquelles nous nous mettons par le cloisonnement du petit bassin et le drainage vaginal ne sont pas tellement différentes de celles de l'hystérectomie vaginale. De fait dans l'une des observations que Chaput communique à la Société de chirurgie en 1903, « la plaie du rectum était si large qu'elle équivalait à une section complète », et il ajoute : « Je m'attendais donc à voir persister un véritable anus contre nature vaginal définitif. Il est très étonnant que l'oblitération de cette plaie ait pu se faire. » Or l'écoulement stercoral par le vagin dura 20 jours. Second rapportait de même (*Congrès gynéco.*, 1892, p. 510) le cas d'une femme qui pendant 4 mois rendit par le vagin la totalité de ses matières fécales, et chez qui la cicatrisation a fini par s'achever spontanément. Cette aptitude du rectum à se cicatriser a été confirmée expérimentalement par Quénu et Branca (*J. de chirurgie*, 1900, p. 578). Ils en ont analysé l'évolution histologique.

Quelques précautions sont utiles : 1. Les malades sont constipées par l'opium (0,05 cent. pendant 6 jours), et soumises à une alimentation substantielle restreinte (un peu de lait ; aliments sucrés). Autant que possible, elles

ne seront pas purgées. Il ne passe donc dans le rectum que des matières solides ; celle-ci n'ont pas tendance à passer par la plaie rectale.

La malade restera couchée ; ainsi les matières liquides n'affleurent pas à la paroi antérieure, et par suite à la plaie. (Voir Auvray : plaies de guerre du rectum ; *Soc. de Ch.* 1920). 2. Le drainage vaginal sera surveillé journellement, et maintenu pendant un temps suffisamment long. Ici, comme partout la plaie doit se combler du fond à la superficie. Et le pus ne doit autant que possible, pas avoir tendance à s'évacuer par le rectum. 3. Enfin, un drain est placé au besoin dans le rectum par l'anus. Terrier et Pozzi recommandaient cette précaution. Les gaz ne distendent pas la plaie et ce drain recueillera le pus écoulé dans le rectum.

A ce propos, non seulement le fait de laisser ouverte la plaie rectale n'a pas contrarié la guérison du foyer pelvien, mais dans certains cas, elle a pu faciliter celle-ci. Si la fissure est bien placée c'est-à-dire au point déclive, le drainage peut même se faire par cette fissure seule. Cette idée de drainage rectal n'est pas nouvelle. Il existe de nombreux exemples de son application. Les abcès de la prostate, du moins ceux qui saillaient dans le rectum furent, avant le drainage périnéal souvent ouverts par le rectum et guérirent. Beaucoup de chirurgiens ont conseillé, chez l'homme, l'ouverture des abcès appendiculaires par cette voie, et l'utilisent encore. (Rötter Drainage par le rectum des abcès pelviens appendiculaires *Surgery, Gyneco and obst.* : mars 1916). Dans la péritonite généralisée ce drainage déclive a été préconisé égale-

ment (*Congrès de Chirurgie* 1909) et Curtiss le préfère nettement au drainage hypogastrique, quand on ne peut pas faire le drainage vaginal (*Communic. à la Soc. roy. med.* Londres 10 février 1914). Certains chirurgiens, dont Simon d'Heidelberg ont même voulu joindre à ce drainage rectal la section du sphincter, pour éviter toute rétention dans l'ampoule.

A propos des collections salpingées, Byford a conseillé en 1888 leur ouverture par le rectum dans certains cas. Mais plus suggestive est l'analyse suivante de Delbet dans son *Traité* de 1891 « Beaucoup de chirurgiens, et Grisolles ont considéré l'ouverture dans le rectum comme une circonstance heureuse ; en général les abcès qui se sont ouverts dans le gros intestin sont ceux qui ont guéri le plus vite ; car le pus avait cessé de couler, terme moyen, vers le 9^e jour ». Alexandre *Th. de Bordeaux* 1910 en rapporte ainsi 1 cas de Richelot (*Soc. chir. Paris* 1888), 1 cas de Dudley, 2 cas d'Andrews. Et Delbet distingue 2 sortes de perforations : 1. d'une part celles qui occupent le point élevé de la poche salpingienne, et l'évacuation du pus se fait par regorgement ou par intermittence. Dans ces derniers cas, la plaie rectale se cicatrise jusqu'à l'évacuation suivante ; cette plaie constitue une sorte de soupape de sûreté ; mais la malade se cachectise, et il faut aviser à un autre mode de drainage. 2. Dans une 2^e catégorie, il envisage les fistules bien placées, c'est-à-dire celles qui occupent le point déclive. La guérison de la salpingite survient, si la paroi de la collection n'est pas constituée par une muqueuse épaisse, diverticulaire.

Dans les plaies opératoires du rectum, ces plaies ne peuvent-elles jouer le même rôle. Haut situées, elles servent au besoin de soupape d'évacuation, si le drainage vaginal se montre un moment insuffisant. Situées au point déclive, elles favorisent le drainage de la cavité pelvienne ; de toutes façons nous avons 2 sécurités au lieu d'une. Et ce peut n'être pas inutile, témoin notre observation I : Le drain vaginal obstrué était enlevé le 5^e jour. La perforation était basse et la vidange se fit par le rectum. Dans 2 de nos observations, le drainage rectal a pu suffire seul. (Obs. VII et VIII). Ces 3 malades guérissent en moins d'un mois. Et dans le drainage abdominal des perforations du rectum, il est assez probable que l'orifice rectal est la principale voie d'évacuation dans beaucoup de cas, avec cette différence qu'il y a rétention et tendance à la fistulisation, si la perforation est haut située sur le rectum.

Tous les auteurs insistent sur la tendance naturelle à guérir qu'ont les plaies du rectum. Il y a cependant une différence à faire selon le siège de la perforation. Dans les plaies hautes, avec un bon drainage vaginal, la réparation se fait vite. Les lèvres de la plaie ne macèrent pas dans le pus. La muqueuse fait sa coalescence avec rapidité. La plaie pelvienne se comble de haut en bas, et le tissu granuleux recouvre bientôt l'ancienne perforation. Dans les plaies bas situées, le pus se draine aussi bien du côté du rectum que du côté du vagin ; la cicatrisation est de ce fait ralentie.

Plus bas encore, au voisinage du dôme vaginal, la plaie rectale se rapproche en même temps du point dé-

clive du rectum ; de plus la paroi antérieure de ce rectum décrit une sorte de cap, qui a tendance à s'avancer dans le vagin. C'est le point dangereux des colpotomies postérieures, c'est aussi celui qui a plus de tendance à donner des fistules rectovaginales permanentes.

Maintenant analysons les résultats obtenus par les diverses méthodes ; et voyons s'ils concordent avec la théorie.

Les méthodes de traitement et leur résultats

Les résultats sont extraits de statistiques ou d'observations diverses, rapportées à des congrès ou dans des thèses. Nous les diviserons, de manière un peu facile, car la technique n'est pas toujours très précisée en 1^o cas où le cloisonnement n'a pas été fait ; 2^o cas où il a été fait. Dans chacune de ces catégories, nous distinguerons le drainage abdominal et le drainage vaginal.

I. — Cas où le cloisonnement n'a pas été fait.

a) On s'est servi du drainage abdominal.

Ce sont presque toutes les premières laparotomies. Les morts immédiates y sont fréquentes ; elles sont attribuées à la septicémie péritonéale sans que la cause de celle-ci soit déterminée. Au Congrès de chirurgie de 1891, nous avons les résultats à distance. Les fistules pyosterco-rales sont fréquentes. Lawson-Tait dit : « Je ne me laisse jamais arrêter par la crainte d'occasionner une déchirure intestinale. Dans bien des cas j'ai vu persister des fistules

stercorales pendant plusieurs mois..., elles peuvent persister indéfiniment, à moins qu'elles ne soient traitées par ce que j'appelle le drainage circulaire. Le Dentu rapporte une fistule stercorale. Segond en relate 2 sur 18 hystérectomies ; l'une se ferme après trois mois, l'autre dure 1 an. Bouilly (*Nouv. arch. d'obst. et gyneco.*, 1888), rapporte, observation de salpingectomie pour pyosalpinx ouvert dans le rectum. Les premiers jours la malade a du péritonisme ; plus tard une fistule stercorale qui guérit lentement. Pauchet signale une laparotomie avec plaie du rectum de Richelot (obs. 194) ; elle est suivie de fistule pyostercorale, septicémie et mort.

b) *On a fait le drainage vaginal.*

Routier en 1897 fait dans les salpingites, l'hystérectomie abdominale totale. Dans le cas de plaie du rectum il tamponne légèrement et draine par l'orifice de la totale. Pas de péritonisation. Perrical de Chamard (dans sa thèse : Paris 1908) donne la statistique de 197 hystérectomies de Routier. Il analyse les observations de 20 décès. Parmi ces décès on enregistre 8 cas qui ont trait à des lésions rectosigmoïdiennes. 3 malades meurent dans la journée (obs. IV, IX, et XIII) ; une 2 jours après (obs. X), une au 3^e jour (obs. XX), une au 8^e jour, (obs. II), 2 au 20^e jour, mais dans ces derniers cas la perforation du rectum ne s'est produite qu'après 5 jours (obs. XV, obs. XII).

Rochard ne serait plus partisan du cloisonnement (*th. de Dedet*, 1917) « il est meilleur, pensons-nous, de ramener l'épiploon au niveau des lésions » et il fait la totale. Trois observations de plaie du rectum dans la thèse de Dedet non par Rochard ; mais elles sont traitées selon

sa méthode. Dans l'Obs. I la malade meurt au 4^e jour. De plus, ajoute Dedet, nous signalons la possibilité d'un syndrome passager d'obstruction intestinale survenant vers le 4^e ou le 5^e jour.

II. — Cas où le cloisonnement a été fait.

a) *Le drainage abdominal a été employé.*

On peut ranger dans cette catégorie, les cas dont il est question dans la communication d'Hartmann et Terrier (remarques cliniques et opératoires à propos de 59 cas de laparotomies pour lésions péritutérines: (*Ann. de gynéco*, 1893, 1418). Ces chirurgiens suturent les plaies rectales quand ils peuvent. De plus « toujours, nous avons soin de limiter le foyer en mettant en rapport les unes avec les autres les parties demandées par la décortication et ramenant jusqu'à son niveau l'épiploon que parfois même nous avons fixé par des sutures, et que nous étendons devant le paquet intestinal, comme un tablier qui le sépare du foyer ; toujours en 2 mots nous cherchons à isoler le foyer drainé du reste de la cavité abdominale » Ils ajoutent « le seul inconvénient que nous avons constaté est la persistance de quelques cas d'une fistulette stercorale ». Sur 13 lésions recto-sygmôidiennes, nous ne notons qu'un cas de mort (obs. IX). Dans 2 cas la guérison se fait par 1^{re} intention ; il s'agit dans l'un d'un pyosalpinx ouvert dans le rectum, et l'on n'a pas suturé la plaie (obs. XXIII), dans l'autre d'une dénudation rectale (obs. XXXIII). Dans 3 cas il y eut fistule temporaire durant moins d'un an (obs. XII, XVI, et XXVII). Dans 7 cas, il y eut fistule

persistante (XXII, XXVIII, XXXIX, XLII, XLVI, XLVII, et LX). Audiau (*Th. de Paris* 1897) nous donne la statistique de M. Hartmann de 1893 à 1897 ; on note 2 fistules stercorales persistantes (obs. II et XVIII), qui cèdent ultérieurement à la dilatation du trajet par laminaire et à l'ablation des fils de ligature.

b) *Quénu cloisonne avec l'anse sigmoïde et fait le drainage abdominal.*

La *Thèse de Judet* en donne 5 observations : 1 mort au bout de 10 jours (obs. XVII), à l'autopsie « semble avoir succombé à une péritonite, à point de départ pelvien, ayant franchi le surjet vésico-sigmoïde dans sa partie gauche ». Deux cas se cicatrisent après suture et plastie, par 1^{re} intention ; mais dans l'un il s'agit seulement d'une dénudation (obs. XIV et XVI). 2 cas ont des fistules secondaires pendant 3 mois (obs. et XV et XXVI). Une plaie sigmoïdienne donne une fistule assez prolongée, après un Mikulicz. (obs. XXIV).

c) *Pozzi suture la plaie ; emploie le Mikulicz abdominal, avec le drainage tubulaire abdominal*, nous relevons 4 observations (*Thèse Delanoé*, 1907) dans 3 il s'agit de dénudations (obs. III, V, VI), dans la 4^e c'est une fissure (obs. IV), toutes 4 guérissent par première intention. Mais Pozzi ne disait-il pas en 1903 que ses sutures par plaies du rectum n'avaient qu'un effet temporaire ; « la débriscence en est la règle, et la malade passe par un état de fistulisation ». Sängner rapporte également 3 cas de plaies du rectum soignées par cette méthode (*Congrès*

gynéco. 1896). Dans l'un (obs. n° 2) la malade eut une forte cachexie purulente.

c) *Reynier jusqu'en 1903, fait une sorte de Mikulicz vaginal* (voir *Congrès de Rome* 1894, et *Discuss. sur chirurgie*, 1903).

« En agissant ainsi, je cherchais surtout à faciliter l'écoulement des matières par le vagin et à pratiquer l'isolement de la perforation, du reste de la cavité abdominale ». Il ne suture pas la perforation. Les 5 malades guérirent.

c) *La méthode de Chaput*, c'est-à-dire le cloisonnement péritonéal, avec drainage vaginal a été employée dans les cas suivants.

Dans les 6 observations de Chavannaz, au Congrès de chirurgie de 1900, sur les pyosalpinx ouverts dans le rectum, la plaie rectale a été suturée. La guérison s'est effectuée per primam dans les 5 cas. Dans l'un il y eut un petit abcès de la paroi abdominale.

Dans les deux observations de Chaput à la *Soc. de chirurgie*, 1903, et dans les nôtres, la suture n'a pas été effectuée. La guérison a toujours été obtenue, sans fistule, en moins d'un mois.

OBSERVATIONS

Obs. I (Dr SAVARIAUD et EVRARD).

Mme P..., 38 ans, journalière.

Fausse couche en 1913, à la suite de laquelle la malade souffre du ventre. 2^e fausse couche en avril 21, suivie de signes de pelvi-péritonite (fièvre à 40° pendant 8 jours, douleurs abdominales, métrorrhagies, vomissements). Elle entre à l'hôpital Beaujon 4 semaines après cette fausse couche, en mai 1921. La température est toujours entre 38° et 39° le soir. Douleurs abdominales toujours vives. Son état général s'aggrave. Au toucher vaginal : utérus bloqué, et salpingite droite, grosse comme une orange ; il semble qu'il y ait une collection plus petite du côté gauche. Défense de la paroi.

Traitement : Vessie de glace sur le ventre ; injections et lavements chauds. La sudation ne se produit pas.

Colpotomie, fin mai 1921. Evacuation de pus en abondance. Mise en place d'un gros drain en T. La température tombe ; l'état général s'améliore. Le drain est retiré au début de juillet 1921 ; lavage de la plaie deux fois par jour. La malade sort de l'hôpital le 21 juillet 1921 pour aller à la campagne. L'orifice de la colpotomie donne toujours du pus.

La malade revient à l'hôpital le 13 octobre 1921, 5 mois après sa colpotomie. La suppuration persiste par l'orifice de la colpotomie. Elle a une odeur fétide. La malade souffre toujours du ventre ; elle a aussi des douleurs lombaires. Il

existe toujours une masse avec empatement, à droite du Douglas. On décide, après exploration de l'orifice de colpotomie une intervention abdominale.

Laparotomie : 5 décembre 1921 (Dr Savariaud). Rachi. Incision du péritoine : Adhérences épiploïques aux annexes. On n'aperçoit pas aussitôt l'utérus. Découverte du fond utérin ; dissection avec des tampons montés. Repérage des annexes. On aborde la masse annexielle par le côté gauche, où elle est moins adhérente et l'on fait le procédé américain. Dès le début de la section de l'isthme utérin, l'écoulement de pus fétide et de matières intestinales. Assèchement, mise en place d'un tampon ; on continue l'hystérectomie. Au moment d'enlever l'annexe droite, celle-ci se fissure.

Mise en place d'un drain en T vagino pelvien par colpotomie postérieure. Isolement soigneux de la grande cavité par péritonisation avec la lame supra vésicale qu'on fixe au pourtour du rectum. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires (glace sur le ventre. Sérum. Opium). La température est à 38° le lendemain soir, à 37°9 les jours suivants. Le 5^e jour, le drain vaginal semble obstrué ; on le retire, il contient des matières fécales. La vidange du foyer semble se faire normalement par le rectum, dans lequel on met une sonde de Pezzer.

14 décembre : la température s'est élevée progressivement pour atteindre 39°. La plaie abdominale un peu rouge dans sa partie inférieure s'est désunië entre 2 agrafes. On agrandit l'orifice. Il en sort une certaine quantité du pus. Mais la collection paraît uniquement pariëtale. On remet cependant un drain vaginal. 18 décembre : la température est à la normale. La plaie abdominale est nette. Quelques gaz passent par le drain vaginal. 1^{er} : le drain est retiré. La malade sort le 28 janvier 1922, guérie, sans fistule.

En somme, la colpotomie n'a pas réussi dans ce cas parce qu'il s'agit d'une salpingite probablement ancienne (remontant à la fausse couche de 1913, comme semblait le prouver

la muqueuse épaisse du salpinx droit. De plus cette observation nous montre une fois de plus la susceptibilité du tissu cellulaire, plus marquée que celle du péritoine, puisqu'un abcès de la paroi est survenu au 9^e jour. Ce fait montre cependant l'avantage qu'il y a à mettre un drain hypogastrique de prudence.

Obs. II (Dr SAVARIAUD et EVRARD).

Mme G..., 39 ans, ménagère.

Fausse couche en fin 1916, à la suite de laquelle la malade reste alitée pendant 6 semaines. Elle avait alors des douleurs dans le bas-ventre, des métrorrhagies très abondantes, un peu de fièvre. Au bout de 6 semaines elle se lève très anémiée, et reprend son travail. Depuis sa fausse couche, les règles réapparaissent très régulièrement mais très abondantes; elles durent 7 à 8 jours. Leucorrhée continue.

Elle entre à Beaujon le 10 décembre 1921 parce qu'elle a eu une métrorrhagie très abondante le 2 décembre. Cette métrorrhagie a duré une huitaine de jours. A l'examen : malade anémiée, pâle, amaigrie. Au toucher vaginal : col normal, utérus normal, un peu figé. En arrière et à droite de l'utérus, masse très dure, du volume d'une mandarine. Elle adhère au rectum et à l'utérus; elle est douloureuse. Le toucher rectal montre que cette masse est saillante dans le rectum.

Laparotomie, le 16 décembre 1921 : Les annexes gauches sont assez facilement amenées. Les annexes droites, rétro-utérines, sont profondes et adhérentes. On se décide pour le procédé américain en commençant par la gauche. Après section du col utérin, on cherche à extérioriser les annexes droites qui sont très profondes et adhérentes. Au cours des manœuvres de décollement, on rompt une petite poche de pus. Après ablation des annexes, on constate l'écoulement dans le fond du Douglas de quelques matières stercorales

liquides, provenant d'une fissure à la paroi rectale cartonnée. Assèchement.

Drainage vagino-pelvien par colpotomie avec un drain en T. Réfection d'un diaphragme péritonéo-pelvien avec la lame péritonéale supra vésicale, fixée au pourtour du rectum. Fermeture de l'abdomen en 3 plans, avec drain hypogastrique.

Suites opératoires : 17 décembre : La malade est un peu shokée ; mais aucun signe de péritonite. Temp. à 38°, 5. Le pouls est assez bon à 110. 18 décembre : Bon état général. La température est à 38 le soir, Un peu de pus par le drain vaginal. 22 Décembre : Quelques matières liquides par le drain vaginal. Le drain est retiré le 10^e jour ; il ne semble plus que les matières sortent par le vagin. La malade qui a habité l'Algérie, est prise le 30 décembre de troubles à allure paludéenne, avec diarrhée. Les matières ne sortent cependant plus par le vagin. La malade part guérie au début de février 1922, sans fistule stercorale.

Obs. III (Dr SAVARIAUD).

Mme G..., 51 ans, ménagère.

La malade est entrée le 19 mai 1921 à Beaujon, avec une fièvre de 38°, à 38°6 qui persiste pendant 15 jours. La tuméfaction déborde largement le pubis, arrive presque à l'ombilic et s'étale dans les fosses iliaques. Au bout d'un mois de refroidissement, la température est à 37°. Un nouvel examen est pratiqué : Utérus gros, flanqué de 2 gros pyosalpinx (la malade accuse une crise douloureuse, il y a 20 ans, mais aucun incident depuis, jusqu'à il y a 2 mois). Donc vieille péri-méthro-salpingite ; et le toucher n'incite pas à faire une colpotomie parce que salpingite double et que la collection ne bombe pas dans le Douglas.

Laparotomie : le 20 juin 1921 (M. Savariaud). Rachianesthésie (4 centigr. de cocaïne). La malade vomit et pousse. A peine a-t-on placé la valve de Doyen, qu'il s'écoule du pus. L'abdomen est protégé par des champs. Le pus vient de la

trompe gauche. Une compresse insinuée dans le Douglas fait couler un peu de pus et de matières fécales très liquides (*Il est probable que le rectum était déjà ulcéré et que sa perforation s'est produite par la moindre cause*). Ablation de la trompe droite peu volumineuse, puis section de l'utérus et ablation de la trompe gauche. Puis l'hystérectomie subtotala est totalisée.

Drain en T vaginal. Drainage abdominal avec Mikulicz.

Suites opératoires : bonnes ; un peu de ballonnement du ventre. La température est à 38° 5 le lendemain, puis elle baisse progressivement les jours suivants. Ablation du Mikulicz le 8^e jour. La malade sort guérie fin juillet. Elle est revue le 12 décembre, guérie, mais avec une éventration.

On aurait peut-être eu avantage à faire la colpotomie à l'entrée de la malade (Dr Savariaud). De plus le Mikulicz a dû être employé à cause des lésions hautes et du pus écoulé dans le ventre. La subtotala a été totalisée à cause de l'espace mort considérable qui suintera après l'ablation du Mikulicz.

Obs. IV. — (M. SAVARIAUD).

Madame J., 45 ans.

Opérée il y a 20 ans par le Dr Hyvet, (Château-Thierry), pour rétroversion avec constipation et dysménorrhée. Guérison normale. Mariée à 33 ans, n'a jamais été enceinte. Souffrait parfois du ventre depuis quelque temps. Règles irrégulières. Brusquement, il y a 5 mois, la malade a été prise de douleurs plus vives. Elle est restée 3 mois alitée avec de la fièvre, jusqu'à 40°, sudations abondantes ; elle a beaucoup maigri. Pas de signes pulmonaires.

Elle entre à l'hôpital le 17 janvier 1921. Sa température est toujours au-dessus de 38°. On constate l'existence d'une suppuration péri-utérine, avec empâtement. Ces signes ne cèdent pas à un mois de traitement médical. On se décide à opérer par la voie abdominale, parce qu'on ne sent aucune collection nette par le vagin.

Laparotomie le 4 février 1921 (M. Savariaud). Adhérences épiploïques à la paroi. Sur l'S iliaque ainsi que sur l'épiploon, on note des granulations d'apparence tuberculeuse. Le fond de l'utérus émerge entre la vessie et l'S iliaque qui adhère aux annexes. En disséquant la plaie postérieure de l'utérus d'avec l'S iliaque, on entend, à plusieurs reprises, sortir des gaz et l'on constate de petites perforations. On poursuit alors aussi bas que possible la dénudation de la paroi antérieure de l'utérus pour faire une totale, mais on est *obligé d'y renoncer parce que l'utérus ne se laisse pas attirer* (de plus la malade est une nullipare à la paroi résistante). On fait alors l'hémi-section utérine qui permet de découvrir une poche salpingienne, d'où on extrait par ponction 30 à 40 gr. de pus épais et fétide. Ablation de cette poche avec la moitié correspondante de l'utérus, puis ablation de l'autre annexe, toutes deux très laborieuses. On termine par l'ablation du col de l'utérus. Passage d'un drain en T ; fixation de la lèvre antérieure du vagin au péritoine vésical, de façon à péritoniser le bas fond de la vessie. Le fond du bassin est complètement dépouillé de péritoine. Cette surface cruentée est tamponnée légèrement par une mèche, qui sort en arrière du drain. En explorant le fond du bassin, on aperçoit au niveau de débris de la trompe droite un orifice à travers lequel sortent des matières intestinales. On le ferme par des moyens de fortune.

Péritonisation extrêmement soignée au détroit supérieur, par adossement vésico-sigmoïdien. Oblitération par un surjet non perforant des petits pertuis de l'S iliaque.

Suites opératoires : Suppuration abdomino-vaginale prolongée. Le drainage vaginal fonctionne très bien. Température à 38°, 6 le lendemain soir. Pas de signes de péritonite. *Le 10 février*, la température est à la normale, pas d'écoulement de matières fécales par le drain. *Le 1^{er} mars*, l'état général s'améliore. La malade quitte l'hôpital le 23 mars, sans fistule.

Revue en novembre 1921. Pas de fistule. Etat général nettement amélioré.

Obs. V. — (D^r SAVARIAUD).

Madame P., 24 ans.

Entre en janvier 1921 pour salpingite avec réaction péritonéale. Au toucher vaginal l'utérus est fixé. Salpingite double, la masse du côté droit remonte jusqu'à la fosse iliaque.

Comme la malade continue à souffrir et que la collection droite bombe dans le Douglas, on fait une colpotomie. En avril, la suppuration persiste par l'orifice de la colpotomie. La malade souffre ; on décide l'intervention.

Laparotomie : le 12 avril 1921. Dès l'ouverture du péritoine, on aperçoit la trompe du volume d'un gros poing. L'utérus est très peu dévié à gauche. Les annexes gauches sont masquées par des adhérences.

La ponction du salpinx droit ramène plus de 100 gr. d'une purée verdâtre, d'odeur extrêmement fétide.

Hémisection utérine. Ablation des annexes gauches. Ablation des annexes droites. On aperçoit l'orifice de la colpotomie. Mise en place d'un drain en croix sortant par le vagin.

Presque tout le péritoine pelvien est tapissé d'adhérences. Péritonisation soignée au détroit supérieur.

Fermeture de la paroi à 3 étages (catgut et agrafes).

Un petit drain abdominal est mis à la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires : Normales, mais le 15^e jour on constate que le lavage fait dans le drain passe dans l'intestin. Les jours suivants les matières passent un peu par le drain. Au toucher rectal on sent le drain. Celui-ci est enlevé.

Le 14 mai, les matières ni les gaz ne passent par le vagin. La malade sort quelques jours après.

En janvier 1902, la malade envoie de ses nouvelles qui sont excellentes.

Réflexions : 1. Le drain de colpotomie n'allait pas jusqu'à l'intérieur de la poche salpingienne droite qui était relativement élevée, il n'est pas étonnant que la suppuration ait persisté. 2. L'intestin a été blessé secondairement par la branche

verticale du drain en croix ; il eut mieux valu mettre un drain en T, ou un drain affleurant seulement à l'orifice de la colpotomie ; l'intestin était du reste altéré du fait de la colpotomie faite précédemment.

Obs. VI. — (Dr SAVARIAUD).

Mademoiselle P., 42 ans.

Pas de grossesses, pas de fausses couches. A eue des douleurs dans le ventre à 4 reprises différentes, avec fièvre. Chacune de ces crises a duré 3 semaines environ. Elle a eu la première à 28 ans. La dernière date du 20 mars 1921. Elle entre à l'hôpital le 4 avril 1921. Pas de fièvre. Au toucher, masse volumineuse à droite de l'utérus et en arrière. Traitement médical.

La salpingite refroidissait. La malade accuse une constipation opiniâtre. On la purge. La température s'élève à 40°. Puis brusquement elle tombe à 38°, et cette chute correspond à l'ouverture spontanée de la collection purulente dans l'intestin (envie fréquente d'aller à la selle pendant 72 heures ; émission de pus en abondance).

Opération 16 jours après la fistulisation.

Laparotomie le 30 mai 1921. A l'ouverture du péritoine on note quelques adhérences de l'épiploon aux annexes. Libération des annexes et du gros intestin. On ne recherche pas la perforation intestinale.

Hystérectomie subtotale. Drainage par colpotomie postérieure, avec un drain en T. Péritonisation haute.

Suites opératoires : Le soir 39°-9. Le 2^e jour issue de matières et de gaz par le vagin.

Le 4 juin la suture abdominale apparaît rouge ; avec une traînée d'apparence bronzée, se dirigeant vers le flanc gauche. On fait sourdre un peu de pus de la suture. On enlève alors toutes les agrafes, et on donne issue à une quantité considérable de pus huileux. Cette collection semble pariétale.

Le drain est retiré le 25 juin. Les matières ne passent plus. La malade part guérie, et sans fistule au début de juillet.

Obs. VII. — (D^r SAVARIAUD).

Madame R., 36 ans.

Pas de fausses couches dans les antécédents. Mais a toujours souffert du ventre depuis plusieurs années. Leucorrhée A son entrée salpingite bilatérale, douloureuse, sans fièvre

Laparotomie le 29 décembre 1920. Les 2 annexes sont malades ; ablation par hémisection utérine. Dans le Douglas, il y a du pus ; on conclut à la nécessité d'un drainage vaginal. On introduit le doigt ganté dans ce qu'on croit être le vagin, et on pratique aux ciseaux, derrière le col utérin, ce que l'on croit être le cul-de-sac postérieur. Au moment de la section, il s'écoule des matières fécales liquides, qui indiquent une perforation du rectum. On introduit alors sur les ciseaux un drain en T. Au dessus du foyer pelvien on pratique une péritonisation aussi soigneuse que possible.

Drainage sus pelvien avec 2 sondes de Pezzer.

L'opération terminée, on se rend compte que le drain sort de l'anus.

Suites opératoires se montrent normales. La température est à 38° le lendemain et revient à la normale.

Le drain est retiré sans incident le 12^e jour.

La malade sort guérie dans le courant de février.

La malade a été revue le 3 juin 1921. Elle est en excellent état. Elle présente cependant un peu de métrite du col.

Obs. VIII. — (D^r SAVARIAUD).

Madame M.

Réséction du genou en 1912 pour tuberculose. Souffre du ventre surtout depuis 6 mois. Pas de pertes blanches. Aménorrhée depuis plusieurs mois. En janvier 1919, elle présente des signes de pelvi-péritonite. Au toucher : cul-de-sac postérieur fortement proéminent et sensible. Traitement : repos et glace. Au bout de 1 mois, l'examen indique une diminution des masses salpingiennes. Pas de douleur locale.

Laparotomie : le 3 mars 1919 (D^r Savariaud). L'S iliaque est

accolé aux annexes et à l'utérus. Hystérectomie première ; puis ablation des annexes du côté droit, puis du côté gauche (pyosalpinx). Le pyosalpinx est enlevé sans se rompre ; mais, à droite, la trompe et les organes voisins sont agglutinés par des fongosités, au milieu desquelles il faut passer. En explorant le Douglas de haut en bas avec le doigt, on sent la paroi céder, et on pénètre dans le rectum.

Renonçant à ouvrir le vagin, ce qui à cause des fongosités, créerait probablement une fistule recto-vaginale, on décide de drainer par le rectum avec 2 sondes de Pezzer. Péritonisation au détroit supérieur avec l'iliaque. On enlève l'appendice qui adhère à la trompe droite et participait au processus tuberculeux. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires : le lendemain aucun signe de péritonite, les 2 sondes drainent bien. On installe par les sondes un goutte à goutte avec du sérum additionné d'1/20 d'eau oxygénée. L'état général s'améliore. La température à 38°,4 le soir descend progressivement. 27 mars : la malade est en parfait état.

En 1921, le Dr Savariaud reçoit de ses nouvelles, La malade a recouvré une santé parfaite.

CONCLUSIONS

1. Les lésions du rectum dans les interventions pour salpingites, devenues plus rares par les progrès du traitement médical et de la technique opératoire, ne peuvent complètement disparaître du fait des indications opératoires qui ne se posent que dans les cas graves.

2. Les lésions sont dues soit au processus ulcératif de l'inflammation, soit aux adhérences.

On les rencontre surtout dans les salpingites avec périsalpingites post abortum, particulièrement dans les formes à rechutes, et aussi dans les salpingites tuberculeuses.

3. La clinique peut affirmer cette perforation dans les cas de pyosalpinx ouverts dans le rectum. Elle permet de la redouter dans les cas suivants. Antécédents puerpéraux chargés. Signes rectaux d'irritation ou de compression. Douleurs vives et surtout lombaires. Le toucher rectal apportera dans certains cas des renseignements précieux, qui pourront être précisés par la rectoscopie.

4. La technique opératoire visera dans ces cas à une protection minutieuse de la grande cavité péritonéale à

un choix judicieux de la tactique de l'hystérectomie. Le clivage sera prudent ; il laissera au besoin les portions limitées de poche salpingienne trop adhérentes au rectum.

5. En cas de plaie du rectum le traitement préconisé est le suivant : *a)* cloisonnement péritonéal du petit bassin ; *b)* drainage vaginal ; *c)* la fermeture de la plaie rectale, très accessoire, ne sera faite que dans les cas faciles.

C'est la méthode de Chaput.

6. De la critique comparée des méthodes, il semble qu'on puisse déduire : *a)* L'absence de cloisonnement pelvien expose à l'infection péritonéale ; *b)* le drainage abdominal dans ces cas expose aux fistules persistantes



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur
de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne ferons ici que celle concernant immédiatement les plaies du rectum, nous l'exposerons, autant que possible, selon l'ordre chronologique ; celle qui a trait aux lésions périsalpingiennes, à la péritonisation et au drainage, a été exposée, chemin faisant.

Pierre Delbet. — *Traité des suppurations pelviennes*, 1891.

Congrès de chirurgie, 1891, résultats à distance des laparotomies pour salpingites.

Communications de Lawson Tait, Le Dentu, Richelot, Segond, etc.

Terrier et Hartmann. — *Annales de gynécologie*, 1893 p. 418. Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos des 59 cas consécutifs de laparotomies pour lésions suppurées, périutérines ; suites immédiates et éloignées.

Voir aussi la suite de cette statistique dans :

Audiau. — *Thèse de Paris*, 1897 ;

Delage. — *Thèse de Paris*, 1900-1901, n° 449. Lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. Leur traitement par l'hystérectomie abdominale.

Congrès de gynécologie international de 1892 (Bruxelles). Rapport de Segond. Communications de Péan, Richelot, Delagenièse, etc.

Reynier. — *Congrès de médecine de Rome* 1894, section gynécologique p. 221. Traitement des perforations intesti-

nales et spécialement des perforations rectales au cours des laparotomies pour suppuration des annexes.

Congrès de gynécologie international de 1896 (Genève). — Rapport de Bouilly et de Scienger (de Leipzig, communications de Delagenière, d'Hartmann, etc.

Congrès de chirurgie de 1898. — Communications de Le-gueu. Hystérectomie abdominale totale dans les inflammations des annexes. Observations.

Congrès de chirurgie de 1899. — De l'hystérectomie totale. Rapport de Ricard, etc.

Ammam (de Munich). *Congrès de chirurgie de 1900.* Analyse dans la *revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, décembre 1900 (à propos de la péritonisation et du drainage dans les abcès génitaux communiquant avec l'intestin).

Quénu. — Plaies du rectum. *Journal de chirurgie*, 1900, p. 575.

Quénu et Judet. — « Péritonisation dans les laparotomies » *Revue chirurgie* 1902.

Sneguireff. — Mille et une laparotomies ; autoplasties dans les opérations abdominales ; *Revue de chirurgie*, septembre 1889.

Chaput. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1903, p. 658, etc. Perforations rectales au cours de l'hystérectomie abdominale, et non justiciables de la suture simple. Discussion de Pierre Delbet, Reynier, Pozzi, Terrier, Hartmann, Ricard, Peyrot et Souligoux.

Thérapeutique chirurgicale des affections de l'intestin, du rectum et du péritoine, Paris 1897.

Cloisonnement et drainage filiforme du bassin (*Annales de gynéco*, 1916, p. 358.

E. Pietrowska. — *Thèse Lausanne*, 1902. Des fistules pyostercorales survenant après la tuberculose des annexes.

Violet. — Le drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique. *Annales de gyneco*, 1906, p. 619.

Chavannaz. — Traitement chirurgical des salpingites ouvertes dans le rectum. *Congrès de chirurgie* 1910.

Alexandre. — *Thèse de Bordeaux*, 1910. Traitement des pyosalpinx ouverts dans le rectum.

Princeteau. — Contribution à l'étude des rapports des annexes gauches avec l'anse et le méso-sigmoïde. (*C. Chir.* 1910).

Hartmann et Netzer. — Le drainage abdominal en gynécologie, à propos de 997 cœlistomies. *Ann. de gynéco.*, 1910, p. 335.

Czarkowsky. — Traitement chirurgical des pyosalpinx compliqués de fistules intestinales (*Przegląd chirurgiczny gynecologiczny* : mars avril 1912). Analyse dans le journal de chirurgie, juillet 1912.

Roux. -- Deutsche zeitschrift für chirurgie Leipzig, juin 1912. Pyosalpinx en particulier pyosalpinx tuberculeux, ouverts dans le rectum.

Des observations ont été puisées dans

Pauchet. — *Thèse Paris*, 1896. Hystérectomie vaginale et abdominale pour lésion des annexes.

Judet. — *Thèse Paris* 1900. « La péritonisation dans les laparotomies.

Delanoë. — *Thèse Paris*, 1907. Des adhérences intestinales dans les cas de pyosalpinx.

Parrical de Chamard. -- *Thèse Paris*, 1907-1908, n° 106. Hystérectomie abdominale totale pour annexités suppurées.

Dedet. — *Thèse Paris*, 1916-1917, n° 110. « Suppuration pelvienne et hystérectomie subtotale totalisée ».

Lecène. — Prophylaxie de l'infection péritonéale opératoire in gynécologie (*Ann. Gyn. obst.*, Paris, 1912).

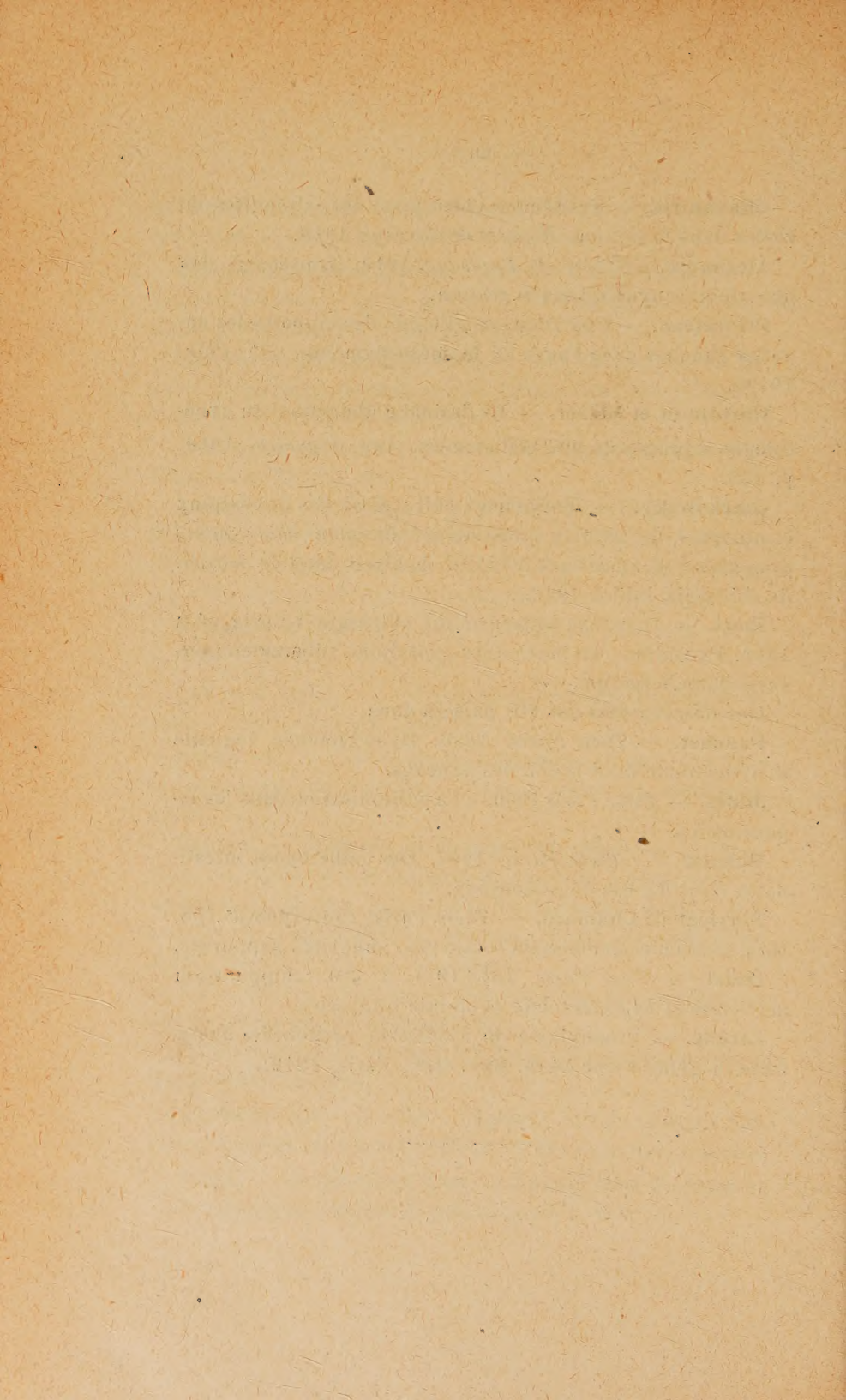


TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	5
INTRODUCTION.....	7
Historique de la question.....	9
Etiologie et Pathogénie.....	13
Technique opératoire.....	21
Analyse critique de la méthode.....	26
Les méthodes de traitement et leurs résultats.....	50
Observations.....	55
CONCLUSIONS.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	67

TABLE DES MATIÈRES

Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC